Die Sanierung des menschlichen Gebisses durch die Schulzahnpflege, unter spezieller Berücksichtigung städtischer Verhältnisse.

Auszug aus der

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Würde eines
/ Doktors der Zahnheilkunde /
der hohen medizinischen Fakultät
an der
Friedrich-Wilhelm-Universität
zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Zahnarzt **Adolf Deutschland**

aus Berlin.

Tag der Promotion: 31. 3. 1921.

Druck: Berlinische Verlagsanstalt, G. m. b. H., Berlin NW 23.

Referent: Dr. K. Cohn.

Korreferent: Prof. Dr. Schröder

In der Einleitung wird erläutert, wie durch die Unkenntnis des Volkes die Karies einen solchen Umfang angenommen hat, daß unter 100 Schulkindern nur 2—8 ein intaktes Gebiß haben. (Nach Untersuchungen von Bruck, Jessen, Lipschütz und Roese). Diese Unkenntnis wirkt um so schlimmer, da die Zähne der heutigen Kulturmenschen für die Karies praedestiniert sind (Kariestheorien).

Dazu kommen noch verschiedene excitierende Ursachen.

Zahllos sind die Schädigungen, die durch die Karies entstehen können. Zuerst sind es nur Störungen durch den Schmerz, später treten dann Störungen durch Infektion hinzu.

Bekämpfung dieser Seuche durch Aufklärung. Dann muß es aber auch ein Mittel geben, das praktisch wirkt. Dies ist die möglichst frühzeitige Ausschneidung des kariösen Teiles des Zahnes und Ersatz durch eine Füllung. Zu der Behandlung muß eine intensive Eigenpflege kommen. Ferner ist eine in gleichmäßigen Intervallen stattfindende Untersuchung von seiten eines Zahnarztes dringend notwendig.

Um Erfolge in der Kariesbekämpfung zu erzielen, muß die Behandlung so früh wie möglich einsetzen und nach einem gewissen Schema gehandhabt werden. Früheste Erfassung der Kinder erst möglich mit ihrem Eintritt in die Schule.

Die Aufgabe der Sanierung der Jugend hat sich das deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen gestellt.

Ich bringe dann in der Arbeit die Entwicklung des Zentralkomitees, wie es aus einer Kommission hervorging, die seinerzeit nur die Berliner Kinder mit zahnärztlicher Hilfe versorgen wollte, dann selbst der Grundstock für das Zentralkomitee wurde und durch rührige Propaganda viele Freunde und reichliche Geldmittel erwarb und so alsbald an die Ausführung ihrer Pläne denken konnte. Am 20. Juni 1909 konnte die erste Klinik eröffnet werden und am 8. Mai 1910 die zweite.

Man unterscheidet im großen und ganzen drei Arten der schulzahnhygienischen Fürsorge.

1. Behandlung durch Privatzahnärzte in ihren Wohnungen.
2. Klinik und Leitung von einem Zahnarzt im Nebenamt.
3. Klinik mit angestelltem Zahnarzt im Hauptamt als Leiter.

Welcher Art man den Vorzug geben soll, richtet sich erstens nach der Zahl der Kinder und zweitens, wie weit man auf die Existenz privater Zahnärzte Rücksicht üben will oder muß und drittens nach der pekuniären Lage der Kommunen.

Nach Ansicht von Prof. Kantorowicz ist nur die Klinik imstande, die Kinder möglichst restlos zu erfassen. Er stellt die These auf: Behandlung der Kinder während der Schulzeit und nach Möglichkeit in der Schule. Weitere Vorteile der Klinik sind (Dr. E. Schmidt): Stetigkeit und genügende Kontrolle der Behandlung und ferner wird der Zahnarzt eines großen Teiles der Autorität teilhaftig, die der Schule für jedes Kind anhaftet.

In diesem Zusammenhange würde ich es für wünschenswert erachten, wenn eine möglichst frühzeitige Scheidung zwischen Privatzahnärzten und beamteten Zahnärzten stattfinden würde.

Eine andere Frage ist die der Kostenverteilung. Der Idealzustand, daß die Gesamtkosten auf den Etat der Stadt übernommen werden, ist nicht immer zu erreichen. Drei andere Möglichkeiten sind:

1. Zuschuß von seiten der Eltern; 2. Zuschuß von seiten der Stadt und 3. Zuschuß von seiten der Kassen.

Die Behandlungsmethoden müssen grundsätzlich verschieden sein von denen in der Privatpraxis. Die erste Bedingung ist Prophylaxe; die zweite eine ausgesprochene Systematik; drittens Behandlung nach den von Prof. Kantorowicz aufgestellten Grundsätzen; viertens Führung eines Kartenblattes für jedes Kind, fortlaufend durch die ganze Schule.

Die Behandlungszeit muß während der Schulzeit sein, da dies die beste Kontrolle der Kinder verspricht.

Wenn nach diesen Prinzipien gearbeitet wird, müßte sich die Arbeit von Jahr zu Jahr verringern und die Kinder würden mit saniertem Munde die Schule verlassen.

Dies liegt sehr im Interesse der Kassen. Darum müssen sämtliche Kassen dem Zentralkomitee als Mitglieder beitreten, um so die Schulzahnpflege zu fördern.

Die Erfolge der Schulzahnpflege lassen sich an einigen Statistiken ermessen, die vor und nach dem Kriege erhoben wurden. Ein Vergleich zwischen 8-jährigen Kindern aus Straßburg, die in der dortigen Klinik seit Jahren behandelt wurden, mit 8-jährigen unbehandelten Kindern aus Berlin-Moabit zeigt, daß z. B. der erste bleibende Molar in Straßburg in 60%, in Berlin aber nur in 10% kaufähig geblieben ist.

Eine von Dr. Erna Granzow erhobene Statistik an der Gertraudenschule zu Dahlem (1921) zeigt, daß der erste bleibende Molar sogar in 65% aller Fälle erhalten geblieben ist. Auch beim Militär hat sich der Nutzen der Schulzahnpflege gezeigt. Prof. Mamlok berichtet darüber.

Trotz großer Schwierigkeiten, speziell jetzt nach dem Kriege, hat die Idee der Schulzahnpflege große Fortschritte gemacht. Viele Schulzahnkliniken sind errichtet worden und weisen größtenteils einen außerordentlichen starken Besuch auf (Lichtenberg und Neukölln.)

Hauptverbände von Krankenkassen, die Reichsversicherungsanstalt und die Landesversicherungsanstalt sind Mitglieder des Zentralkomitees geworden und unterstützen dessen Ziele weitgehendst.

Nach alledem kann man annehmen, daß die systematische Schulzahnpflege sich weiter zum Segen unseres Volkes entwickeln wird.